



1004-OCI-

Ibagué, 26 de Febrero de 2018

Doctora:
INES BERNARDA LOAIZA GUERRA
Agente Especial Interventora

ASUNTO: Evaluación Gestión Dependencias 2017.

Respetada Doctora


Un atento saludo, como parte del proceso de Evaluación de desempeño a los Servidores Públicos del Hospital Inscritos Administrativa, tienen como insumo la evaluación por dependencias en aplicación de la normatividad vigente.

Por lo anterior me permito enviar la Evaluación de Gestión por Dependencias de la vigencia 2017, realizada con base en las autoevaluaciones de cada proceso, POA, Mapas de Riesgos y auditorias correspondientes.

- 1).- Docencia e Investigación
- 2).- Gestión Comercial y Cartera
- 3).- Oficina Asesora Jurídica
- 3).- Facturación Admisiones y Auditoria de Cuentas
- 4).- Oficina Planeación y Calidad.
- 5).- Unidad Funcional de Urgencias.
- 6).- Gestión de Talento Humano
- 7).- UF Internación Médica.
- 8).- UF Servicios Ambulatorios y Apoyo a la Atención.
- 9).- Unidad Funcional de Quirúrgicos.
- 10).- Gestión Documental.
- 11).- Servicio Farmacéutico
- 12).- Seguridad y salud en el Trabajo.

Quedamos atentos con gusto a cualquier observación o inquietud.

Atentamente,



DIEGO FERNANDO GUZMAN GARCIA
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: (37) Hojas (65) Folios



1004-07

Fecha: 28 de Febrero de 2018

Doctora:
INES BERNARDA LOAIZA GUERRA
Agente Especial Investigadora

ASUNTO: Evaluación Gestión Dependencias 2017.

Respetada Doctora

Un atento saludo, como parte del proceso de Evaluación de desempeño a los Servicios Públicos del Hospital Insular Administrativa, tienen como insumo la evaluación por dependencias en aplicación de la normatividad vigente.

Por lo anterior me permito enviar la Evaluación de Gestión por Dependencias de la vigencia 2017, realizada con base en las autoevaluaciones de cada proceso, POA, Mapas de Riesgos y suboficinas correspondientes.



- 1) - Docencia e Investigación
- 2) - Gestión Control y Cuentas
- 3) - Oficina Asesoría Jurídica
- 3) - Función Administrativa y Auditoría de Cuentas
- 4) - Oficina Planeación y Calidad
- 5) - Unidad Funcional de Urgencias
- 6) - Gestión de Talento Humano
- 7) - UE Interservicio Médico
- 8) - UE Servicio Ambulatorios y Apoyo a la Atención
- 9) - Unidad Funcional de Quirófanos
- 10) - Gestión Documental
- 11) - Servicio Farmacéutico
- 12) - Seguridad y salud en el Trabajo

Quedamos atentos con gusto a cualquier observación o inquietud.

Atentamente

Diego Fernando Guzmán García
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: (37) Hojas (05) Folios

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 4

EVALUACION DOCENCIA E INVESTIGACION

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** compromisos con un resultado del **90.7%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: Socializar e implementar el SIG de Docencia. Se realiza tercera socialización del SIG de la oficina de docencia, investigación e innovación, con todos sus formatos y procedimientos, el día 29 de septiembre de 2,017. Publicar en la página web del Hospital y por distintos medios los instructivos del proceso, Se socializaron los instructivos de Docencia el día 29 de septiembre de 2,017, está publicado en la Intranet el proceso de docencia. Elaborar la tabla de retención de Docencia de acuerdo a la Normativa vigente. Se elaboraron tablas de retención con los documentos que genera la oficina de Docencia e Investigación. A través de contraprestación de los convenios docencia apoyar algunas capacitaciones para funcionarios de acuerdo al PIC. Se está a la espera de la asignación del docente para la capacitación de Triage, los médicos generales manifestaron que ya realizaron el curso de sedación con otra Institución. Definir las líneas de investigación de acuerdo al Plan de desarrollo Institucional. Se definieron dos líneas de investigación Institucional, 1. Adicciones: uso y abuso de sustancias psicoactivas y factores asociados, otras adicciones no químicas y 2. Epidemiología de los trastornos mentales. Realizar charlas incentivando a los profesionales de la salud y estudiantes a publicar artículos de interés. Se Autorizó el estudio de caso trabajo de investigación sobre cáncer de mama y embarazo para su posterior publicación en la revista FECOLSOG, en la modalidad de artículo original - Reporte de casos. Incentivar la participación de los profesionales para la participación en eventos académicos para su actualización. Incentivar la participación de los profesionales para la participación en eventos académicos para su actualización. Se crea el primer grupo de investigación Institucional COSMOS, como Directora la Doctora Mónica Julieth Suarez Médico Especialista de Psiquiatría del Hospital. Elaborar con el comité de Docencia e Investigación las políticas de Innovación Institucionales. Se elaboraron y aprobaron por el comité de Docencia e Investigación, se envían a la oficina de Planeación para su revisión y aprobación. Realizar comités docencia servicio, con el fin de fortalecer los convenios y solicitar rotaciones de Residentes. Se suscribió convenio con la Universidad del SINU para Residente, Universidad Antonio Nariño y Uniminuto para prácticas administrativas. Se concretaron 34 meses de Residente para el año 2.018, con las diferentes Universidades en diferentes especialidades Cirugía general, cirugía de mano, cirugía maxilofacial.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



HOSPITAL
Federico Lleras Acosta

CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3


Página 2 de 4

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **94%** Con corte al 31 de Diciembre de 2017 teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: 1. Apoyar algunas capacitaciones para los funcionarios a través de contraprestación, de acuerdo al Plan de capacitación institucional 2. Definir las líneas de investigación de la Institución a través del Comité de Investigación del Hospital.

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 4 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el 100% de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria en el mes de Diciembre de 2017 Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Continuar trabajando con los estudiantes o pasantes la Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso. Se recomienda asistir a las jornadas de capacitación brindadas por la oficina de Salud Ocupacional. Realizar seguimiento para Cumplir con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017 e incluir las acciones pendientes de las vigencias anteriores. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados. Se recomienda socializar las políticas con los funcionarios y terceros directos con el servicio. Adicionalmente se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso. Se recomienda seguir evaluando de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Cumplir con la actualización del normograma del proceso en la página del hospital- Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Se recomienda replantear el término docencia e investigación al parecer el trabajo de investigación no se ha iniciado por parte del Hospital al parecer no se ha realizado comunicaciones al respecto.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Gestionar ante la oficina de Talento Humano el docente para la capacitación de los estudiantes en Triage.

7.2. Dejar evidencia de la verificación de los cursos de sedación elaborados por los médicos generales.

7.3. De acuerdo al plan Operativo Anual, se debe evidenciar la definición de las líneas de investigación según el Plan de Desarrollo Institucional y diseñar indicadores prácticos y que revelen lo misional en el plan de acción.

7.4 Ningún estudiante debe ingresar a hacer su pasantía o practica sin estar vinculado a la Administradora de Riesgos Laborales. ARL.

7.5 Se recomienda la inclusión de los estudiantes en la póliza de responsabilidad civil y riesgo biológico.

7.6 Tratar de ampliar el número de convenios con Universidades de acuerdo a las necesidades del Hospital siendo este una de las funciones del comité de Docencia y diseñar un indicador que mida cuantitativamente el efecto del convenio de docencia con las Universidades.

7.7 Tener clara la política de rotación de residentes y analizar si la estadía de 34 meses es acorde con las necesidades del Hospital.

7.8 Apoyar las capacitaciones programadas por el Plan Institucional de Capacitación, y también en las jornadas de Inducción y Re inducción.

7.9 Asistir a las capacitaciones que programe la Oficina de Salud ocupacional.

7.10 Realizar y analizar mensualmente el monitoreo de la gestion y la estrategia con indicadores y retroalimentación de los resultados.

7.11 Socializar las Políticas de Docencia Universitaria a los funcionarios y a los terceros directos del servicio.



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 4

HOSPITAL
Federico Lleras Acosta

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.12 Desarrollar un sistema de información ágil, claro, donde se divulgue todas las decisiones que hacen parte de la relación docencia servicio.

7.13 Hacer seguimiento continuo a los controles del proceso, satisfacción del usuario y la humanización del servicio.

7.14 Gestionar el envío de residentes con bases sólidas, para apoyar los diferentes procesos misionales y administrativos de apoyo y de Direccionamiento estratégico.

7.15 Socializar a los funcionarios, estudiantes y residentes, las políticas del proceso de Docencia Universitaria.

7.16 Evaluar permanentemente el mapa de riesgos, actualizarlo de acuerdo a las necesidades y avances del hospital de tal forma que se disminuyan los riesgos.


Finalmente se concluye que el proceso de **Docencia e Investigación e Innovación** presenta cumplimiento del **94.9%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; Por lo anterior y dando cumplimiento con la Resolución No. 3432 del 29/09/17 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.49** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:

Jefe Oficina de Control Interno

Responsable del servicio

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>INSTITUTO FEDERICO LIERAS ACOSTA</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 6	

EVALUACION GESTION COMERCIAL Y CARTERA

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** con un resultado del **86.6%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: Actualizar los procesos. El proceso de Gestión Comercial y de Cartera se encuentra aprobado y socializado. Actualización de los procedimientos. Se realizaron los tres procedimientos del área y se encuentran aprobados por Agente especial interventora.

CC-PR-001 Procedimiento para la Elaboración del Plan de Mercadeo

CC-PR-002 Procedimiento para la Gestión de Contratos de Venta de Servicios

CC-PR-003 Procedimiento para la Gestión de Cartera.NNVSD

Elaboración de documentos del sistema de información. Se estableció 14 documentos para elaborar y aprobar. De los cuales se encuentran 9 aprobados.

CC-IN-002 Custodia De Facturas Radicadas.

CC-FR-001 Formato Cronograma De Actividades

CC-FR-002 Formato Servicios Habilitados Por Entidad

CC-FR-003 Capacidad De Camas

CC-FR-004 Formato Matriz Tarifas

CC-FR-005 Ranking Del Cliente

CC-FR-006 Matriz De Población

CC-MN-001 Manual De Cartera

CC-IN-003 Vencimientos De Cartera

Se encuentran en edición:

CC-IN-001 Parametrización De Contratos

CC-IN-004 Elaboración De Informes Normativos

CC-IN-005 Informe De Recaudo Y Notas De Ajuste

CC-IN-006 Elaboración De Notas Debito Y Crédito

CC-IN-007 Legalización De Pagos.

Disminuir el margen de venta de servicios de salud sin contrato. Se logró suscribir contrato con 19 entidades superando la meta fijada.

Crear paquetes integrales por servicios y ajuste de tarifas que sean competitivos en el mercado y atractivo para las EPS. Se crearon los paquetes de las especialidades fijadas.

Cirugía plástica, Laringología, Gastroenterología, Laboratorio Clínico, Patología y valor hora de quirófano para rescate de órganos. Aprobados por resolución 4389 20 noviembre de 2017. Establecer el valor real adeudado a la Institución mediante la depuración de

saldos de cartera. A diciembre de 2017 se ha depurado cartera por valor de

\$20.695.431.632,49 los cuales fueron aprobados por el comité de sostenibilidad contable y realizado en ajuste en los estados de cartera. El valor definido para depurar es de

\$34.829.609.106,64.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 2 de 6


Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

En el 2017 se depura el 21% del valor definido para depurar correspondiente a \$7.361.768.128,51. Correspondiente a la cartera de usuarios, Gobernación del Tolima, Caja de compensación Comfenalco Tolima, Secretaria distrital de Salud de Bogotá, Suramericana S.A., Caja Nacional de Salud, Red Salud, Salud Condor, Selva Salud, Hospital Reina Sofia de España de Lerida, Seguros del Estado y Selva Salud. Exigir el pago de los valores no glosados efectivamente radicados dentro de los términos de Ley. Se elabora y aprueba el manual de cartera resolución 1168 del 26 de abril de 2017 y se realiza la etapa del debido cobrar con el total de la cartera con la circularización de los saldos y se realiza el derecho de petición realizando el cobro de la cartera y solicitando la trazabilidad de las facturas, relación de los números de los pagos realizados cada mes, mediante derecho de petición. Interponer acciones judiciales después de agotada la etapa del debido cobrar y cobro persuasivo de la cartera no recuperada. Se hace traslado a la oficina jurídica, cartera para cobro persuasivo y coactivo por valor de \$25.157.218.141,74 de 8 entidades de las 14 programadas para el año 2017. Asmet Salud EPS S, Cafesalud EPS S-C, Comparta EPS S -C, Convida EPS S, Dirección de Sanidad Militar, Nueva EPS -C, Rol Positivo, Salud Vida EPS S-C. Presentar solicitud de conciliación ante la Superintendencia de salud. Se presentó en la conciliación extrajudicial de la Supersalud la cartera objeto de cobro según lo definido en el comunicado de la Supersalud "En atención al Plan Anual de Gestión de 2017, esta Delegatura programó para los días 8, 9 y 10 de noviembre de 2017 una Pre - Jornada de Conciliación a realizarse en la ciudad de Ibagué con la Red de Prestadores de los Departamentos de CAQUETA HUILA Y TOLIMA" Se presentaron las 11 entidades seleccionadas y según cupo que definido por la Supersalud para cada IPS. El valor de la cartera por \$50.510.146.718 de las siguientes entidades Cafesalud EPS, Comparta EPS, Salud Vida EPS, Asmet Salud EPS, Ecoopsos EPS, Sanitas EPS, Cruz Blanca EPS, Comfamiliar Huila, Famisanar EPS, Secretaria de Salud del Huila, Pijaos Salud EPS I.

6.2 El proceso cumplió con el Plan Operativo 2017 en el **100%** teniendo en cuenta que todas las acciones al cuarto Trimestre 2017 se cumplieron el **100%**.

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **4** riesgos de los cuales no se encuentran materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria en el mes de Octubre de 2017 Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Seguir socializando la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

conforme la ley y los reglamentos de Hospital. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Implementar con los demás funcionarios la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles e interacción entre procesos. Socializar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a las políticas del proceso. Utilizar el Mapa de Riesgos para identificar los posibles riesgos que puedan afectar el proceso garantizando la continuidad del servicio. Revisar la inclusión de posibles riesgos de corrupción en el mapa de riesgos. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las autoevaluaciones conforme los periodos definidos. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control interno, como aporte a la mejora de los procesos. Desarrollar los planes de mejoramiento por procesos con base en esta visita con copia a esta Oficina para el seguimiento. Enviar a la oficina de control interno los planes de mejoramiento del proceso que tiene durante la vigencia como resultado de las visitas de instituciones internas y externas. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1. Realizar el 13,4% para el cumplimiento total de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al Objetivo Institucional programados en las 9 actividades.

7.2. Culminar la elaboración y gestionar la aprobación de 5 documentos del Sistema de Información los cuales son en la actividad 3:

- Parametrización de contratos.
- Elaboración de informes normativos
- Informe de recaudo y notas de ajuste.
- Elaboración de Notas Debito y Crédito.
- Legalización de pagos.



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 6

HOSPITAL
Federico Lleras Acosta
Bogotá, Colombia

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.3. Continuar con la depuración de cartera para completar el valor definitivo de \$34.829.609.106,64 como meta establecida en la actividad 6.

7.4. Realizar el traslado a la oficina Jurídica de la cartera para el cobro persuasivo y coactivo de 6 entidades de las 14 programadas para el 2017 en la actividad 8.

7.5. Continuar aplicando las acciones para controlar los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos para la Dependencia Gestión Comercial y Cartera.

7.6. Continuar con la socialización de la cultura y la Gestión Ética para el fortalecimiento del compromiso Institucional en la prestación de los servicios de forma humanizada que satisfaga al usuario.

7.7. Continuar cumpliendo con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital.

7.8. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2018, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

7.9. Implementar con los demás funcionarios la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles e interacción entre procesos.

7.10. Socializar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.11. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso.

7.12. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a las políticas del proceso.

7.13. Utilizar el Mapa de Riesgos para identificar los posibles riesgos que puedan afectar el proceso garantizando la continuidad del servicio.

7.14. Revisar la inclusión de posibles riesgos de corrupción en el mapa de riesgos.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.15. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.16. Desarrollar las autoevaluaciones conforme los periodos definidos.

7.17. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control interno, como aporte a la mejora de los procesos.

7.18. Desarrollar los planes de mejoramiento por procesos con base en las visitas de auditorías con copia a esta Oficina para el seguimiento.

7.19. Enviar a la oficina de control interno los planes de mejoramiento del proceso que tiene durante la vigencia como resultado de las visitas de instituciones internas y externas.


7.20. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.

7.21. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.


Finalmente se concluye que el proceso de **Gestión Comercial y cartera** presenta cumplimiento del **95.5%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017: Por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.55** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018


9. FIRMAS:



Jefe Oficina de Control Interno



Responsable del servicio


EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 6	

EVALUACION FACTURACIÓN ADMISIONES Y AUDITORIA DE CUENTAS.

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **9** con un resultado del **94.4%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: Terminar la Implementación del sistema de información para el área facturación y auditoria cuentas médicas. Se realiza implementación del sistema dinámica a partir del 1 febrero/2017, se realizaron los requerimientos necesarios para los ajustes durante todo el año, se participó en los diferentes comités administrativos y asistenciales programados por la gerente del proyecto, los requerimientos, avales y se han dejado actas de reunión. Se realizaron varias reuniones contabilidad, cartera, presupuesto para el tema de re facturación de vigencia actual y vigencia anterior el cual se puede dar inicio a partir del mes de junio 2017, para el segundo semestre 2017 todos los requerimiento se hacen vía correo electrónico y el apoyo del área de sistema de información. Se continúan realizando ajustes más pequeños. Durante estas reuniones SYAC dejo claro que no se pueden hacer cortes de cuentas hasta que le usuario no salga de nuestra institución, también se continua generado informes requeridos para reportes de facturación. Ajustando los procesos administrativos y asistenciales. Ajustar los procedimientos de facturación, admisiones y auditoria a los cambios del nuevo sistema. Se terminaron de realizar los instructivos de safix y falta montar los procedimientos generados de estos instructivos. De La empresa SYAC trae los procedimientos e instructivos para la adopción e implantación del sistema dinámica gerencial. Se reviraron nos falta es la adopción de los mismos. Se realizó la socialización de los instructivos aprobados. Realizar seguimiento al procedimiento de facturación y auditoria medica permanente y dar celeridad a las respuestas devoluciones y glosas y garantizar los soportes de las conciliaciones de glosas y devoluciones con Las diferentes EAPB. Este procedimiento se realiza diariamente por los técnicos operativos del área identificando los hallazgos, tiempos de entrega. Estas reuniones se realizan periódicamente y en los diferentes correos institucionales del área se envía la información de los contratos, hallazgos y cambios. Se logra bajar la glosa por causa del área de facturación por el tema de soportes y registros. Se envían las actas de reunión con los diferentes servicios, áreas donde se muestra los principales motivos de la glosa y los planes de mejoramiento para implementar. Realizar seguimiento al procedimiento de facturación y auditoria medica permanente y dar celeridad a las respuestas devoluciones y glosas y garantizar los soportes de las conciliaciones de glosas y devoluciones con Las diferentes EAPB. Durante el primer semestre con la implementación del sistema de información y lo legible de la historia clínica, la falta de soportes, justificación de las estancias ayudas dx y registro por parte de enfermería, los ajustes del nuevo sistema de información, las malas prácticas de las EPS con el tema de autorizaciones (salud vida), se ve el aumento de la glosa inicial. A


[Handwritten signature]

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta <small>Ciudad de Bogotá</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 2 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

pesar durante el segundo semestre se logra estabilizar algunos procesos asistenciales y administrativos para lograr una disminución de la glosa. Con las áreas de apoyo a al área asistencial. Informe de radicación efectiva mensual y realizando seguimiento los soportes de las áreas asistenciales y de apoyo diagnostico faltantes para la radicación las facturas. Se anexa correos a las diferentes áreas. Realizar seguimiento al procedimiento de facturación y auditoria medica permanente y dar celeridad a las respuestas devoluciones y glosas y garantizar los soportes de las conciliaciones de glosas y devoluciones con Las diferentes EAPB. Correos a toda el área asistencial y de apoyo a la gestión y administrativos, correos informando lo pendiente del cierre de facturación y las dificultades. Duran el mes de noviembre en reunión con el área de contabilidad se inicia la revisión de todos los paciente registrados y bloqueados de la institución que le aparecen ingreso abiertos y cargues; cual durante el mes de noviembre se revisan las 900 líneas y se da solución al 29 de diciembre 2017.

Realizar seguimiento al procedimiento de facturación y auditoria medica permanente y dar celeridad a las respuestas devoluciones y glosas y garantizar los soportes de las conciliaciones de glosas y devoluciones con Las diferentes EAPB. Mensualmente se genera cuadro de los radicado durante el mes y en el informe con enith se dejan definida cuales fueron las causas de no radicación, se están realizando los ajustes y envíos a las diferentes área para la entreguen los términos definidos para el proceso de radicación Realizar seguimiento al procedimiento de facturación y auditoria medica permanente y dar celeridad a las respuestas devoluciones y glosas y garantizar los soportes de las conciliaciones de glosas y devoluciones con Las diferentes EAPB. Durante el primer semestre se realizaron reuniones en los comités con los diferentes coordinadores de las áreas y auditores concurrentes, hubo la necesidad de las participación de todas las áreas y se implementó los comité de glosas institucional, donde se dan a conocer todas las causas de la glosa, en ellos participan coordinadores de las áreas y auditores concurrentes; por parte del área de enfermería con el cambio del sistema dinámica y el aumento de la aceptación de glosa por falta del soporte registro de enfermería de medicamentos, la coordinadora de enfermería implementa revisión de las cuentas más significativas y realizar los registros manuales de los que faltara e involucrar cada uno de los servicios. Terminar de implementar el Modelo Estándar de Control Interno. Se realizó la capacitación del modelo estar de control interno con los funcionarios del área de facturación y auditoría de cuentas médicas. Implementar el sistema de gestión del riesgo. Se realizó el mapa de riesgos, las evaluaciones trimestrales y las actividades establecidas para minimizar los riesgos financieros del área; fueron enviados los soportes de las diferentes evaluaciones.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta <small>Unidad de Salud</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	


Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **94%** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: **1)** Revisar los procedimientos e instructivos del nuevo software implementado. (Con un 50% de cumplimiento) . **2)** socializar los procedimientos e instructivos del software implementado. (con un 50% de cumplimiento). **3)** Informar al recurso humano de area de facturación los hallazgos de la preauditoria administrivas y los motivos de glosas inicial reportado por las ERP. (con un 67% de cumplimiento). **4)** Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. (Con un 67% de cumplimiento).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 4 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria en el mes de **Septiembre de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso. Se recomienda anexar a las Hojas de Vida del personal las resoluciones y actas de posesión que hayan faltado. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Se recomienda socializar las políticas en todos los procesos a través de comunicación social. Adicionalmente se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 <small>HOSPITAL</small> Federico Lleras Acosta <small>Unidad - Salud</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 4 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Revisar los procedimientos a los instructivos con el área de facturación y auditorias de cuentas médicas.

7.2 Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.

7.3 Se recomienda enviar a las Hojas de Vida del personal las resoluciones y actas de posesión que hayan faltado.

7.4 Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.


7.5 Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.

7.6 Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.

7.7 Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.8 Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos.

7.9 Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL</small> Federico Lleras Acosta <small>CIJALMA - BOGOTÁ</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

- 7.10 Terminar la implementación de la Auditoria medica en el software Dinámica.
- 7.11 Ajustar los procedimientos de Facturación de admisiones y auditorías a los cambios del sistema.
- 7.12 Realizar los procedimientos por la generación de instructivos en SAFIX.
- 7.13 Hacer seguimiento al procedimiento de facturación y auditoria medica permanente y dar celeridad a las respuestas por devoluciones y glosas de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio en Salud (EAPB), así mismo garantizar los soportes para las conciliaciones de cada caso.
- 7.14 Coordinar los planes de mejoramiento de las diferentes áreas en coordinación de las áreas asistenciales y de Apoyo diagnóstico.
- 7.15 Elaborar la radicación oportuna de toda la facturación, si para eso es necesario reunirse y dejar acta con compromisos muy periódicamente con los coordinadores de las áreas asistenciales, auditoria médica y auditores concurrentes.
- 7.16 Terminar de implementar el MECI y el Sistema de gestión del Riesgo (SGR).

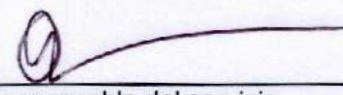
Finalmente se concluye que el proceso de Facturación, Admisiones y Auditoría de cuentas presenta cumplimiento del **96%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017 es de **9.60** Puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018



9. FIRMAS:



 Jefe Oficina de Control Interno



 Responsable del servicio

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 9

EVALUACION OFICINA ASESORA JURÍDICA

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **5** compromisos con un resultado del **78.2%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Consolidación del proceso de defensa judicial. De conformidad con lo establecido en el POA vigencia 2017, el cumplimiento de los objetivos propuestos solo se logró en un 100% en lo relativo a las tablas de retención, quedando pendiente el perfeccionamiento del módulo de contratación por DGH y con la imposibilidad de la implementación del módulo de procesos judiciales por el momento tras no contemplarse dentro del contrato respectivo. **2)** Consolidación del proceso de defensa judicial. Existe seguimiento y control de los procesos judiciales a través de la revisión de estados electrónicos, así como de la página de la rama judicial, así mismo se realiza seguimiento mensual a través de informe que es rendido por los abogados encargados de la defensa judicial y que se realiza de acuerdo con la matriz que entrega el Hospital para tal efecto, allí se puede establecer el riesgo con el que cuentan los procesos, los términos y demás información para su correcta vigilancia. **3)** Implementar el programa de capacitación del Talento humano enfocado al desarrollo de las competencias y humanización de la atención. Se asistió al total de capacitaciones citadas por Talento Humano por parte del personal de planta definitiva y temporal perteneciente a la oficina jurídica. **4)** Consolidar el Sistema integrado de gestión y realizar las auditorias para el mejoramiento continuo del mismo. Durante el año 2017 se aprobaron 8 documentos que se presentaron ante planeación y que obran en el anexo 3 del presente documento estos son: caracterización del proceso de gestión jurídica, formato de certificación de legalización de contrato, formato de acta de liquidación por mutuo acuerdo, formato de acta de inicio, manual de supervisión e interventoría, acta de terminación de contrato, certificado de idoneidad y manual de administración y cobro de cartera. El manual de contratación se realizó a través de la resolución No. No. 841 del primero de octubre de 2014 y sus modificaciones también se han realizado de la misma manera: Ahora bien los procesos relativos a defensa institucional, asesoría jurídica y para la identificación, acceso actualización y evaluación de cumplimiento de las normas aplicables no se elaboraron en la vigencia 2017. Se socializaron los procesos antes mencionados que fueron aprobados por la oficina de planeación. Se cumplió con la presentación de la totalidad de informes requeridos por la Superintendencia de Salud. Se implementaron acciones de mejora de acuerdo con la última visita de control interno, solicitando capacitaciones que se llevaron a cabo y de las cuales obran actas de asistencia a las mismas en la oficina de control interno. **5)** Implementar el sistema de gestión del riesgo. Se elaboró evaluación del mapa de riesgos a corte diciembre 2017. Se elaboró un plan de mejoramiento por auditoría realizada por la contraloría Departamental. Se realizó evaluación correspondiente al último trimestre del año 2017.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3


Página 2 de 9

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **82%** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: Realizar la puesta en producción y estabilización de los módulos. Revisar y ajustar los documentos del área jurídica, actualizándolos con el nuevo sistema de información. Documentar los procedimientos e instructivos requeridos en el área. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.3 Se realizó la visita de auditoria en el mes de **NOVIEMBRE de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones. Recalcar la Importancia de la socialización de los principios y valores en la gestión del personal del proceso, Código de ética y procesos y procedimientos, así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso. Se recomienda que sean anexados oportunamente los informes de actividades y de supervisión y demás documentos que hagan parte integral del contrato. Se recomienda que sean anexados oportunamente los informes de actividades y de supervisión y demás documentos que hagan parte integral del contrato. Se recomienda enviar oportunamente los avances del POA de acuerdo a las fechas establecidas por la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación y calidad. Se recomienda que los porcentajes de cumplimiento tenidos en cuenta en la autoevaluación del proceso, sean conforme a las evidencias que reposen en el mismo, ya que la oficina de control interno a la hora de evaluar el cumplimiento no evidenció soportes. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso, así como la aprobación de los documentos del SIG al 100%. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garantice la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Levantar el plan de mejoramiento

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 9	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

de la Auditoria de acuerdo a los hallazgos levantado por la oficina de Control Interno. Se recomienda enviar circular o memorando a los líderes de los procesos para que retroalimenten al proceso de jurídica con la normatividad que rige a cada uno y así lograr tener publicado el normograma del Hospital Actualizado. Se recomiendan que sean implementadas las tablas de retención documental y clasificarlas de acuerdo al expediente o asunto, ejemplo:

Demandas. Derechos de Petición. Conciliaciones. Adicionalmente se recomienda que las carpetas estén debidamente clasificadas, dado a que se encuentran carpetas en donde reposan varios documentos pero desorganizados, es decir están Planes Operativos, oficios externos, oficios de la gerencia, oficios de diferentes procesos y no están separados para una identificación clara.

Hallazgos de la Auditoria:

- 1) No se evidencia Acta de socialización de los Principios y Valores Institucionales en el proceso, Código de Ética, Procesos y Procedimientos institucionales.
- 2.) ALCALDÍA DE IBAGUÉ: Función: CONTRATO 387 CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO PARA APOYAR EL PROCESO DE TRAMITE Y RESPUESTA DE LAS TUTELAS PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS(P.Q.R) DERIVADOS DE LOS PROCESOS ADELANTADOS POR LA SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL. Hallazgo -Según las especificaciones técnicas del Análisis de Conveniencia #120-SAF-03, NO se evidencia documento que certifique el título en Especialización en Derecho Administrativo o Laboral.-No se evidencia Certificado de Registro Presupuestal (CRP), solo se evidencia Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) #2446. Según el certificado de legalización y acta de inicio el CRP es #10531.
- 3) CARLOS ALFONSO CONTRERAS SALES: Hallazgo 1- Al parecer no se está cumpliendo con la Cláusula 3, ítem 14, debido a que no se evidencia en la carpeta del Contrato el examen pre-ocupacional practicado por profesional idóneo y autorizado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 del decreto 723 de 2013.
- 2- No se evidencia pago a aportes de seguridad social, pensión y ARL en los meses de Septiembre y Octubre.
- 3- No se evidencia carnet de vacunas Hepatitis B y tétano de acuerdo a la Cláusula 3, Obligaciones del contratista
- 4- No se evidencian informes de actividades realizadas mensuales por parte del contratista de acuerdo a la Cláusula 4 y clausula 26
- 5- No se evidencian informes de supervisión por parte del supervisor del contrato o quien haga a sus veces de acuerdo a la Cláusula 26.
- 6- No se evidencia Certificado de Registro Presupuestal (CRP), solo se evidencia Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) #3010. Según el certificado de

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 9

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

legalización del contrato es CRP #12006

4) No se presentó Autoevaluación del POA con oportunidad con corte a Septiembre de 2017 y con corte a Junio de 2017 el porcentaje está por debajo del 50%.

5) No se presentaron indicadores del proceso auditado donde se observan los avances de ejecución.

6) El proceso a la fecha 31/10/2017 no cuenta con los procedimientos debidamente aprobadas, documentados y socializados.

7) No se presentó Autoevaluación del MAPA DE RIESGOS con oportunidad con corte a Septiembre de 2017.

8) El proceso no presentó Autoevaluación del POA y MAPA DE RIESGOS del Tercer trimestre 2017, ni durante toda la vigencia 2016. No se entregó plan de mejoramiento de los hallazgos levantados en la Auditoria realizada en el 2016.


9) El proceso no tiene publicado y actualizado el normograma en la página web del Hospital, se recomienda enviar circular o memorando a los líderes de los procesos para que retroalimenten al proceso de jurídica con la normatividad que rige a cada uno.

10) El proceso no cuenta con tablas de retención documental y por lo tanto las carpetas no están archivadas conforme a la normatividad.

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES ADICIONALES.

1.- En el mes de Agosto se realizó un seguimiento al contrato 20170184 en donde se dejaron las siguientes observaciones:

-No se evidencian informes de supervisión del contrato por parte del Hospital, se evidencia una certificación por parte del supervisor del contrato en el cual certifican que el contratista está cumpliendo con las obligaciones contractuales, sin embargo no hay un informe en el cual se discrimine que repuestos se han comprado o que mantenimiento se ha realizado a los equipos, facturas del proveedor que soporten la compra de las Tarjetas electrónicas, baterías y demás elementos que al parecer han cambiado; solo se evidencian los informes del contratista, al revisar estos informes con sus evidencias fotográficas, en los cuales se observa que **NO HAY FACTURAS QUE SOPORTEN** la compra de Tarjetas, baterías o demás elementos, además el contratista relaciona unas fotos en los cuales solo se evidencia la UPS abierta pero no se ve que se está cambiando realmente, no hay fotos de las tarjetas o baterías, en la mayoría de las hojas de vida se repite el mensaje : “Se realizó mantenimiento preventivo de las UPS limpieza interna y externa del equipo, desarme de carcasa, ajuste de tornillería, revisión y limpieza de tarjetas electrónicas, revisión de la parte eléctrica, amperaje, voltaje, prueba de bypass revisión de baterías con un voltaje de 13,66 en promedio. El equipo se encuentra en

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico LLERAS ACOSTA
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 9	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

perfecta condiciones”.

-Además se evidencian en las fotografías que las personas que están realizando el mantenimiento de las UPS al parecer son funcionarios del hospital y funcionarios que al parecer hacen parte del contrato **20170388** cuyo objeto es “Servicio de mantenimiento integral hospitalario de infraestructura física, redes hidráulicas, eléctricas, telefónicas, datos, sanitarias y de gases, mobiliario y equipos industriales. Para el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima E.S.E. de acuerdo a lo establecido en los términos de condiciones de la convocatoria pública de mayor cuantía No.006 de 2017” es decir que al parecer **el contratista no está trayendo personal propio para los respectivos mantenimientos e instalaciones de UPS.**

2.- En el estatuto de Contratación Resolución 10196 de Diciembre 2014 artículo segundo establece que la institución contará con un comité evaluador de las propuestas integrado por un representante de la oficina jurídica, Unidad funcional de recursos financieros o quien haga sus veces y un representante del aspecto técnico que en todo caso será quien suscriba el análisis de conveniencia y oportunidad.


Con base en el texto anterior esta oficina recomienda hacer claridad sobre:

- Al revisar el listado de comités en la Oficina jurídica y de compras no se evidencia hoja de vida de creación y funcionamiento del comité en mención.
- Se revisaron mediante muestreo algunas carpetas de contratista y no se observó suscripción de actas del comité en mención.

3.- Se realiza la observación de dar estricto cumplimiento con la Ley 1474 de 2011 artículo 83 y 84 en su totalidad y seguimiento por parte de los funcionarios responsables del manejo y custodia de las carpetas de los contratistas.

4.- Algunos contratos exigen certificado médico ocupacional y no se evidencian dentro de los documentos del contrato, se recomienda tener la documentación de los contratos archivada al día.

5.- Se observa que en los análisis de conveniencia se están teniendo en cuenta los estudios de mercado, sin embargo se evidencia en nuestro concepto que falta complementarlos de acuerdo a los parámetros establecidos por Colombia Compra Eficiente en el documento denominado “Guía para la Elaboración de estudios del sector”. En el cual establece que *“El artículo 15 del Decreto 1510 de 2013 establece el deber de las Entidades Estatales de analizar el sector, es decir, el mercado relativo al objeto del*

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL</small> Federico Lleras Acosta <small>1954 - 2014</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 6 de 9	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Proceso de Contratación, desde la perspectiva legal, comercial, financiera, organizacional, técnica y de análisis de Riesgo. El resultado del análisis debe plasmarse en los estudios y documentos previos del Proceso de Contratación. La importancia de realizar este análisis ha sido recalcada en las recomendaciones que la Organización de Cooperación y de Desarrollo Económicos (OCDE) le ha formulado al Gobierno Nacional, las cuales constituyen buenas prácticas en materia de promoción de la competencia en la contratación pública”

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar el 21.8% correspondiente a las acciones en las actividades que no se completaron durante la vigencia 2017 de los Objetivos Institucionales.

7.2. Elaborar los procesos relativos a defensa Institucional, asesoría jurídica y para la identificación, acceso actualización y evaluación del cumplimiento de los mismos.

7.3. El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **82%** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: Realizar la puesta en producción y estabilización de los módulos. Revisar y ajustar los documentos del área jurídica, actualizándolos con el nuevo sistema de información. Documentar los procedimientos e instructivos requeridos en el área. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles.

7.4. Recalcar la Importancia de la socialización de los principios y valores en la gestión del personal del proceso, Código de ética y procesos y procedimientos, así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.

7.5. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso.

7.6. Se recomienda que sean anexados oportunamente los informes de actividades y de supervisión y demás documentos que hagan parte integral del contrato.

7.7. Se recomienda que sean anexados oportunamente los informes de actividades y de supervisión y demás documentos que hagan parte integral del contrato.

7.8. Se recomienda enviar oportunamente los avances del POA de acuerdo a las fechas establecidas por la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación y calidad.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 7 de 9

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.9. Se recomienda que los porcentajes de cumplimiento tenidos en cuenta en la autoevaluación del proceso, sean conforme a las evidencias que reposen en el mismo, ya que la oficina de control interno a la hora de evaluar el cumplimiento no evidenció soportes.

7.10. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.11. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.12. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.

7.13. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso, así como la aprobación de los documentos del SIG al 100%.

7.14. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garantice la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.

7.15. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.


7.16. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.17. Levantar el plan de mejoramiento de la Auditoria de acuerdo a los hallazgos levantado por la oficina de Control Interno.

7.18. Se recomienda enviar circular o memorando a los líderes de los procesos para que retroalimenten al proceso de jurídica con la normatividad que rige a cada uno y así lograr tener publicado el normograma del Hospital Actualizado.

7.19. Se recomiendan que sean implementadas las tablas de retención documental y clasificarlas de acuerdo al expediente o asunto, ejemplo:

Demandas. Derechos de Petición. Conciliaciones. Adicionalmente se recomienda que las carpetas estén debidamente clasificadas, dado a que se encuentran carpetas en donde

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL</small> Federico Lleras Acosta <small>1954 - 2017</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 8 de 9	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

reposan varios documentos pero desorganizados, es decir están Planes Operativos, oficios externos, oficios de la gerencia, oficios de diferentes procesos y no están separados para una identificación clara.

recomendaciones para mayor claridad en el contrato 20170184:

7.20. Presentar hoja de vida de creación y funcionamiento del Comité Evaluador de Propuestas.

7.21. Presentar actas del comité evaluador de propuestas.

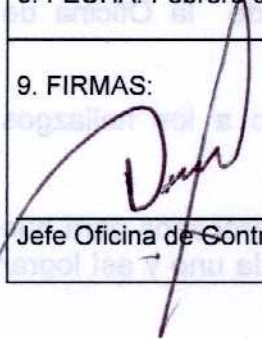
7.21. Se recomienda dar estricto cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 artículo 83 y 84 en su totalidad y realizar seguimiento por parte de los funcionarios responsables del manejo y custodia de las carpetas de los contratistas.

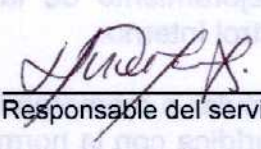
7.22. Solicitar certificado médico ocupacional si el contrato lo exige y conservar la documentación de los contratos archivada al día.




Finalmente se concluye que la Oficina Asesora Jurídica presenta cumplimiento del **86.7%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; Por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **8, 67** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:


 Jefe Oficina de Control Interno


 Responsable del servicio

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta Bogotá, Colombia
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 1 de 6	

EVALUACION OFICINA PLANEACIÓN Y CALIDAD

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **94.4%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Elaborar los estudios de crecimiento del Hospital. Se elaboró el plan de reordenamiento teniendo en cuenta al decisión de venta de la sede el Limonar, se presentó a la Gerencia y se solicitó la contratación por parte de la Mantenimiento de los estudios necesarios para definir las alternativas propuestas Se tienen establecidas las necesidades de diseño y estudios específicos. **2)** Implementación de los módulos del gestión de Calidad y modulo Gerencial. Durante el último trimestre del año se realizó la parametrización solicitada del módulo. Se identificó un error que fue reportado al proveedor del software lo que hizo que se detuviera el trabajo en el módulo; este error tardó más de 30 días en ser corregido y liberado en una actualización. Se tienen soportes del reporte y el informe de la liberación del mismo. Se solicitó el desarrollo de los informes del módulo por haber terminado de realizar la parametrización, a lo que los ingenieros informaron que debían hacerse nuevas parametrizaciones que no habían sido reportadas hasta la fecha. El módulo gerencial pasó a ser liderado por la gerencia por solicitud de la Agente Especial Interventora.

3) Ajustar los procedimientos de la organización con el software implementado. Conforme a la programación establecida a la fecha se ha realizado la revisión a 16 de los procesos que conforman el sistema, para identificar cuáles son los cambios en los procesos y las actividades que serán modificadas en los documentos que han sido aprobados a la fecha. Se cuenta con la evidencia de las actas de reunión con cada líder de proceso.

4) Monitoreo del Plan de Gestión Integral del Riesgo. La Supersalud entregó la metodología de evaluación el 19 de diciembre y definió que dicho monitoreo se entregara el 30 de marzo de 2018 de la información a 31 de Diciembre de 2017. A pesar de esta situación se lleva informe mensual con la desagregación de la producción conforme al PGIR presentado, como base del monitoreo.

5) Desarrollo de proyectos de inversión. Se presentó el proyecto de reposición de equipos, dotación de equipos para el servicio de urgencias, normalización del sistema eléctrico del Hospital, mejoramiento del servicio de radioterapia, implementación del servicio de hemodinámica y resonancia magnética. Están pendiente de estudios de ingeniería y presupuesto del proyecto de traslado de la central de esterilización.

6) Consolidar el Sistema integrado de gestión y realizar las auditorias para el mejoramiento continuo del mismo. A la fecha el 61 % de los documentos se encuentran aprobados

Se entregaron durante la vigencia los informes con corte trimestral del avance del sistema integrado de Gestión que incluye el informe de socialización.

En el mes de diciembre el área responsable entrega el primer borrador del Programa

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 2 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Integral para la Gestión Ambiental, documento integrador del sistema. No se encuentra en versión final, y una vez se termine este se conocerán el número total de documentos que componen inicialmente el sistema.

En el tema de Responsabilidad Social requiere formación específica en el tema para poder desarrollar la actividad. La oficina cuenta con informe anual de implementación del Sistema Integrdo de Gestión.

7) Cumplimiento de los estándares de Habilitación. Cuenta con informes mensuales de cumplimiento de requisitos de habilitación, hasta el mes de noviembre el porcentaje de cumplimiento reportado era del 79%, en este mes la reunión de seguimiento de la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud, cambia los lineamientos de la medición y el porcentaje baja a 52% de cumplimiento.

Los planes de mejoramiento tienen seguimiento y se entregan a la oficina de Control Interno, se notifica también los procesos que no entregaron planes, dichos planes no contienen seguimiento a fuente de financiación. Se elaboran los proyectos de: reposición y dotación del servicio de urgencias, reposición de equipos médicos y normalización del sistema eléctrico, en lo correspondiente a la infraestructura física de habilitación el hospital priorizo la ejecución de actividades con recursos de mantenimiento previo diagnóstico realizado por la oficina de planeación.

8) Continuar con la implementación del PAMEC. Se generó plan de mejoramiento con los procesos que aportaron actividades de mejora. Se realiza seguimiento en comité de Calidad a la ejecución del cronograma de actividad de la Ruta Crítica de PAMEC El informe se encuentra en proceso de cierre, recolectando evidencia de ejecución de tareas y analizando la estandarización del proceso. Este informe se cierra una vez terminada la validación de la evidencia de ejecución de actividades, donde se define qué procesos lograron estandarizar y cuál fue el aprendizaje organizacional.


9) Cumplimiento reporte sistema de información para la calidad. Se realizó reporte de la información conforme a la Resolución 256 de 2017.

10) Continuar con Implementación del Modelo Estándar de Control Interno. Se realizó la autoevaluación del sistema y verificación de la implementación. Se realizó el proceso de rendición de cuentas.

11) Implementar el sistema de gestión del riesgo. Se cumplió con la programación de actividades, que incluía el ajuste del procedimiento, seguimiento a la matriz de riesgo. Capacitación a las áreas y acompañamiento permanente a los líderes de los procesos. En lo relacionado al SARLAFT, se realiza conforme documentos aprobados y se realizó reporte mensual a la UIAF conforme a los términos establecidos.

12) Ejecución del programa de seguridad del paciente. Se evalúa ejecución del plan de trabajo anual del programa conforme al cronograma planteado.

Se documentaron durante la vigencia las siguientes metas: Cirugía segura, manual de identificación segura del paciente, Programa de Prevención de infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Manual de Administración segura de medicamentos y Prevención de

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Caídas; 5/6 Estrategias. Existe evidencia de la divulgación de política de seguridad del paciente en reuniones mensuales, en inducción y reinducción.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **91%** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: **1)** Verificación y seguimiento del cargue de la evaluación de los componentes del sistema de gestión de calidad por parte de los líderes de proceso (Con un **60 %** de cumplimiento). **2)** Revisar y aprobar los procedimientos entregados por las áreas (Con un **80 %** de cumplimiento). **3)** Elaborar y desarrollar los proyectos de inversión de crecimiento para garantizar la integralidad de la atención de nuevos servicios de alta complejidad. (Con un **75 %** de cumplimiento). **4)** Definir y documentar en la organización el Sistema de Gestión Ambiental (Con un **20%** de cumplimiento). **5)** Ejecutar y realizar seguimiento al plan de mejoramiento. (Con un **17%** de cumplimiento). **6)** Consolidar los resultados del plan de mejoramiento. (Con un **90%** de cumplimiento). **7)** Elaborar informe de cierre del ciclo del Pamec. (Con un **90%** cumplimiento). **8)** Ejecutar el programa de seguridad del paciente. (Con un **85%** de cumplimiento). **9)** Documentar 1 meta internacional para la seguridad del paciente. (Con un **83%** de cumplimiento).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria en el mes de **OCTUBRE de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a las políticas del proceso. Utilizar el Mapa de Riesgos para identificar los posibles riesgos que puedan afectar el objetivo del proceso garantizando la continuidad. Revisar la inclusión de posibles riesgos de corrupción en el mapa de riesgos. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

oportunidad, en los periodos establecidos. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar el 5.6% restante de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del Objetivo Institucional.

7.2. Realizar los estudios de ingeniería y presupuesto del proyecto de traslado de la central de esterilización.


7.3 Realizar las gestiones tendientes a la aprobación de los documentos sin aprobar que soportan el Sistema Integrado de Gestión.

7.4. Entregar la versión final del documento integrador del Programa Integral para la Gestión Ambiental.

7.5. Culminar validación de evidencia y análisis de estandarización del proceso de implementación del PAMEC para cierre y presentación de informe.

7.6. Realizar las actividades del Plan Operativo 2017 sin culminar, las cuales son: Verificación y seguimiento del cargue de la evaluación de los componentes del sistema de gestión de calidad por parte de los líderes de proceso); Revisar y aprobar los procedimientos entregados por las áreas; Elaborar y desarrollar los proyectos de inversión de crecimiento para garantizar la integralidad de la atención de nuevos servicios de alta complejidad; Definir y documentar en la organización el Sistema de Gestión Ambiental; Ejecutar y realizar seguimiento al plan de mejoramiento; Consolidar los resultados del plan de mejoramiento; Elaborar informe de cierre del ciclo del Pamec; Ejecutar el programa de seguridad del paciente; Documentar 1 meta internacional para la seguridad del paciente.

7.7. Promulgar la Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta <small>Unidad - Salud</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

- 7.8. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.
- 7.9. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.
- 7.10. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.
- 7.11. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.
- 7.12. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a las políticas del proceso.
- 7.13. Utilizar el Mapa de Riesgos para identificar los posibles riesgos que puedan afectar el proceso garantizando la continuidad del servicio.
- 7.14. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.
- 7.15. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos.
- 7.16. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.
- 7.17. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 6 de 6

HOSPITAL
Federico Lleras Acosta

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias



Finalmente se concluye que la Oficina de Planeación y Calidad presenta cumplimiento del **92.4%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017. Por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.24** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:

Jefe Oficina de Control Interno

Responsable del servicio

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 5

EVALUACION UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **98.3%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Implementar la auditoria concurrente en el servicio de urgencias. Mensualmente se hizo seguimiento a la estancia en el servicio de urgencias y se desarrollaron acciones que permitan disminuir estas estancias en urgencias, estas estrategias se han realizado a través del procesos de asignación de camas y con la contratación del emergenciólogo al final del cuarto trimestre. **2)** Implementación de la sala ERA en el servicio de. Sala ERA implementada **3)** Fortalecimiento a través de la socialización del código de ética institucional. Durante la vigencia en las reuniones mensuales se saco un espacio para socializar el código de ética institucional **4)** Desarrollar acciones del plan de mejoramiento diseñado para garantizar el cumplimiento de los requisitos de habilitación. Informar de acuerdo a las directrices institucionales los indicadores de obligatorio reporte. Se cumplió en un 95.5% el plan d mejoramiento y se reportó mensualmente los indicadores de obligatorio reporte, según las orientaciones de la superintendencia. **5)** Desarrollar estrategias para dar cumplimiento a la meta normativa en la oportunidad de atención de TRIAGE.

Fortalecimiento de procedimiento de administración de cama hospitalaria.

Desarrollar estrategias para mejorar la oportunidad de la atención de consulta de urgencias.

Desarrollar estrategias para mejorar la rotación de las camillas de observación.

Realizar seguimiento al porcentaje de satisfacción de los usuarios.

Durante la vigencia se realizó seguimiento y se reportó el indicador de TRIAGE.



Se fortaleció el procedimiento de asignación de cama, dejándolo 24 horas.

Durante la vigencia se realizó seguimiento y se reportó el indicador de Atención inicial por medico general.

Durante la vigencia se realizó seguimiento y se reportó el indicador de % ocupación

Durante la vigencia se hizo seguimiento, se dio respuesta con oportunidad a las insatisfacciones y se desarrollaron acciones de mejora en algunos casos.

6) Gestionar el desarrollo de las competencias del recurso humano que labora en el servicio, teniendo en cuenta lo programado en el plan de capacitación. No se dio

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias



cumplimiento al total de la programación por no poder sacar el tiempo del personal para cumplir con la meta.

7) Diseñar plan de mejoramiento derivado de las auditorías realizadas al sistema integrado de gestión de la unidad funcional de urgencias. Quedo pendiente de las actividades la aplicación de listas de verificación de cumplimiento a guías de manejo médico. 8) Desarrollar las actividades programadas en el plan de mejoramiento derivado de la visita de control interno al proceso de urgencias. De todas las acciones quedo pendiente el Nomograma del servicio. 9) Monitorear el mapa de riesgos de la Unidad Funcional de urgencias, con el fin de controlar los mismos durante el desarrollo del proceso asistencial. Mapa de riesgos evaluado el 100%. 10) Aplicar la política de austeridad como aporte del área al sistema de gestión del medio ambiente. Se desarrollaron estrategias para cumplir la meta de cero papel, retirando todas las impresoras del servicio, una vez se implementó la historia clínica electrónica.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **98%** teniendo en cuenta que existen Todas las acciones evaluadas con cumplimiento del 100%. 1) Documentar los procedimientos e instructivos necesario para la habilitación de la SALA ERA. (Con un 90% de cumplimiento. 2) Poner en funcionamiento la sala ERA, para la atención de la urgencia de las vías respiratorias altas. (Con un 63% de cumplimiento.)

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **6** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria en el mes de **DICIEMBRE de 2016** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Fortalecer el desarrollo del talento humano, sus competencias y aptitudes, a través de los programas de inducción y reinducción, y las acciones y políticas de talento humano que se generan desde el momento de su ingreso, hasta el de su retiro conforme a la ley y los reglamentos internos. Cumplir a cabalidad con los requisitos establecidos en el Manual de Funciones para el personal de Planta Temporal resolución 3803 del 14 de Septiembre de 2016. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Llerenas Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar el 1.7% restante de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo Institucional.

7.2. Completar el Plan de mejoramiento y reportar los indicadores de obligatorio de reporte de conformidad a las orientaciones de la superintendencia.




7.3. Completar el plan de capacitación del recurso humano que labora en Urgencias para lo cual se recomienda programarse teniendo en cuenta las necesidades del servicio.

7.4. Realizar la aplicación de listas de verificación de cumplimiento a guías de majeo médico.

7.5. Realizar el Nomograma del servicio.

7.6. Resaltar la importancia de los principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.

7.6. Fortalecer el desarrollo del talento humano, sus competencias y aptitudes, a través de

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				 INSTITUTO Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

los programas de inducción y reinducción, y las acciones y políticas de talento humano que se generan desde el momento de su ingreso, hasta el de su retiro conforme a la ley y los reglamentos internos.

7.7. Cumplir a cabalidad con los requisitos establecidos en el Manual de Funciones para el personal de Planta Temporal resolución 3803 del 14 de Septiembre de 2016.

7.8. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

7.9. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.10. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.11. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.

7.12. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso.

7.13. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.


7.14. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.15. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.16. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos.

7.17. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos.

7.18. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta 1942 - 2012</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.

7.19. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7.20. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

Finalmente se concluye que el proceso de la Unidad Funcional de Urgencias presenta cumplimiento del **98.7%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017. Por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.87** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018


9. FIRMAS:



 Jefe Oficina de Control Interno



 Responsable del servicio

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Llerenas Acosta Cajamarca - Ecuador</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 5	

EVALUACION GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **12** compromisos con un resultado del **98%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Verificar el cumplimiento de las acciones de autocontrol en relación con las políticas de austeridad y racionalización de costos y gastos. Mensualmente se remite a Control Interno el Informe de acuerdo a la ejecución. Entrega de desprendibles de pago por medio electrónico.

2) Entrega de desprendibles de pago por medio electrónico. Mensualmente a todos los funcionarios de la planta permanente, temporal y supernumeraria se les envía al correo electrónico el desprendibles de pago. **3)** Actualización de procedimientos. Se tiene el procedimiento de Gestión del Talento Humano y los documentos aprobados y socializados. **4)** Realizar los ajustes que permitan mantener actualizado el Manual de Funciones - Gestión de Talento Humano. Con la Resolución No. 2774 del 29 de mayo de 2015 se adoptó el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de la Planta Permanente.

Con la Resolución No. 3803 del 14 de septiembre de 2016, se adopta el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de la Planta Temporal y Supernumerarios. **5)** Autoevaluación de los Estándares de Recursos Humanos. Una (1) Evaluación. **6)** Elaboración del Plan de Capacitación por Competencias. Se tiene el Plan Institucional de Capacitación y se adoptó con la Resolución No. 0148 del 20 de enero de 2017. **7)** Socializar el Plan de Capacitación por Competencias. En las reuniones de inducción y re inducción, intranet, pagina web se socializo. **8)** Ejecutar los programas de capacitación por áreas. Se tiene una ejecución. **9)** Implementar actividades tendientes al cambio de cultura y clima organizacional. Se ha implementado el cambio de cultura y clima organizacional, se realizó la medición de clima laboral. **10)** Organización y realización de actividades, eventos tendientes al bienestar social de los funcionarios. El Hospital ha realizado actividades lúdico recreativas con visitas de los funcionarios a fincas agroturísticas, reunión de integración de los funcionarios en junio actividad folclórica, se conmemoraron el cumpleaños del Hospital, se celebró el día de los niños a los hijos de los funcionarios y en diciembre actividad lúdica de integración, se envió tarjeta de cumpleaños y de condolencia. **11)** Actualizar plan de incentivos. Se tiene incluido en el programa de bienestar social los incentivos no pecuniarios a los mejores funcionarios evaluados, a los cuales se les realizó entrega y reconocimiento en reunión general. **12)** Implementar el Plan de Estímulos. El plan de estímulos se implementa a través del programa de bienestar social, con la Resolución 0202 del 27 de enero de 2017 se adoptó el programa de bienestar e incentivos para la vigencia 2017.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3


Página 2 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **97%** teniendo en cuenta que existen Todas las acciones evaluadas con cumplimiento del 100%. **1)** Contar con los procedimientos documentados, socializar y evaluados. (Con un **95%** de cumplimiento) **2)** Gestionar y vigilar dentro de la competencia de gestión del talento humano el cumplimiento de los requisitos de habilitación al recurso humano. (con un **70%** de cumplimiento).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria en el mes de **DICIEMBRE de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Socializar la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas. Seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos en caso que sea necesario. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL FEDERICO LLERENAS ACOSTA</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar el 2% restante de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento de los objetivos Institucionales.

7.2. Realizar la socialización de cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios.

7.3. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital.

7.4. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, re inducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital.

7.5. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

7.6. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.7. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.8. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso.

7.9. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas.

7.10. Realizar el seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

continúa.

7.11. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.

7.12. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.13. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.14. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos.


7.15. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos en caso que sea necesario. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.

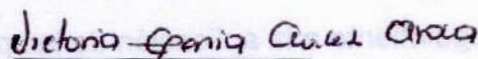
7.16. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.


Finalmente se concluye que el proceso de Gestión de talento Humano presenta cumplimiento del **98.3%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017. Por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.83** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:


Jefe Oficina de Control Interno


Responsable del servicio


EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta Medellín, Colombia
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 1 de 4	

EVALUACION UNIDAD FUNCIONAL INTERNACIÓN MÉDICA

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **14** compromisos con un resultado del **99.6%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: Analizar en forma trimestral los informes de auditoría concurrente. Se realizaron las reuniones con el grupo de auditoría concurrente y se han implementado acciones de mejora con los grupos de enfermería, médico y terapeutas. Solicitar a los coordinadores de especialidades básicas la actualización de una guía de atención medica trimestral. Participación de los médicos especialistas en la elaboración de las guías, logrando la actualización de guías de atención médica y enfermería reviso y actualizo las correspondientes. Participar en el programa de inducción a los internos rotatorios e insistir en la importancia de los adecuados registros en la historia clínica. Se participa en las dos inducciones al año a los internos. Los médicos asistenciales y médicos auditores concurrentes realizan inducción a los internos al ingresar a práctica a su servicio, se hace énfasis en los registros, la lectura de las guías, protocolos y procesos de las unidades funcionales. Analizar las quejas presentadas por los usuarios, revisando las causas de insatisfacción y haciendo acciones de mejora si fuera del caso. Se revisaron las insatisfacciones, y se dio respuesta a todas las quejas presentadas en cada servicio, realizando análisis y definiendo las acciones que contribuyan al mejoramiento de la satisfacción de los usuarios. Mejorar la cultura del reporte de los eventos adversos para garantizar el análisis de todos los eventos y retroalimentar a los servicios e implementar acciones de mejora. Se revisaron los eventos adversos presentados en los servicios de internación. Se analizaron con el grupo de paciente seguro y con el grupo asistencial de los servicios. Se motivó a los funcionarios y colaboradores a reportar los eventos. Reportar en el formato establecido todos los reingresos posteriores a los 20 días del egreso y la mortalidad mayor de 48 horas, para su respectivo análisis. Mediante el reporte y elaboración de fichas por parte de los médicos asistenciales se identificaron, analizaron y reportaron los reingresos y la mortalidad hospitalaria. Apoyar las actividades programadas por el comité y hacer seguimiento al cumplimiento en todos los servicios de las unidad funcional. Se aplicaron las listas de chequeo para evaluar el cumplimiento de los protocolos del comité de infecciones, se realizaron las campañas de lavado de mano y la de protocolos de aislamientos. Verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación en los servicios de cuidado intensivo e internación. se autoevaluaron los estándares de habilitación y se elaboro un plan de acción para el mantenimiento de los estándares de habilitación. Participar activamente en las reuniones programadas por la institución, los comités y las unidades funcionales. Las reuniones programadas se realizaron, con participación activa de la coordinación de las unidades funcionales y los funcionarios y/o colaboradores. Evaluar el personal inscrito en carrera administrativa. Se evaluó al 100% del personal inscrito en carrera y se pactaron

me

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Resto Bogotá - Colombia</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 4	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

los objetivos que contribuyeran al logro de los objetivos de las unidades funcionales. Mantener los tiempos de respuesta de valoración de trabajo social y de inter consultas garantizando la atención integral a los usuarios. Trabajo en coordinación con los servicios para identificar los pacientes que requieren apoyo de trabajo social y se buscan soluciones dinámicas y oportunas a sus necesidades. Realizar planes de cuidado a los usuarios y a través de ellos fomentar la educación con el fin de favorecer el desarrollo integral del usuario. Se ha trabajado en coordinación con los servicios para identificar los pacientes que requieren apoyo de trabajo social y se buscan soluciones dinámicas y oportunas a sus necesidades. Se realiza plan de atención de enfermería y se da educación con énfasis en el auto cuidado. Implementación del Módulo de Hospitalización como líder del proceso en el aplicativo Dinámica. Se realizó el desarrollo del módulo de Hospitalización para el aplicativo Dinámica. Implementación de la historia clínica electrónica en todos los servicios de internación médica a través del aplicativo Dinámica. Se realizó la implementación de la historia clínica electrónica en todos los servicios de internación médica.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **100%** teniendo en cuenta que existen Todas las acciones evaluadas con cumplimiento del 100%.

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 La Oficina de Control Interno en la Vigencia del **2017** No realizó vista de Auditoria al Proceso de Unidad Funcional Internación Médica para lo cual esta visita quedó Programada para el mes de Febrero de la vigencia **2018**.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Seguir analizando y acciones de mejora en forma trimestral detectados en los informes de auditoría concurrente.

7.2 Solicitar a los coordinadores de especialidades básicas la actualización de una guía de atención médica.

7.3 Participar en el programa de inducción a los internos rotatorios e insistir en la importancia de los adecuados registros en la historia clínica.

7.4 Continuar con la Inducción dejando registro de la misma, que hacen los médicos asistenciales y médicos auditores concurrentes a los internos al ingresar a práctica a su servicio, se hace énfasis en los registros, la lectura de las guías, protocolos y procesos de las unidades funcionales.



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 4

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.5 Dar respuesta oportuna y con calidad de información al analizar las quejas presentadas por los usuarios, revisando las causas de insatisfacción y proyectando acciones de mejora para nuestro cliente externo.

7.6 Con el fin de garantizar el análisis de todos los eventos y retroalimentar a los servicios se debe mejorar la cultura del reporte de los eventos adversos e implementar acciones de mejora.

7.7 Se recomienda que los funcionarios reporten todos los eventos.

7.8 Se recomienda Reportar en el formato establecido todos los reingresos posteriores a los 20 días del egreso y la mortalidad mayor de 48 horas, para su respectivo análisis.

7.9 Verificar el cumplimiento del plan de acción para mantener los estándares de habilitación en los servicios de cuidado intensivo e internación.

7.10 Mejorar si es posible los tiempos de respuesta de valoración de trabajo social y de inter consultas garantizando la atención integral a los usuarios.

7.11 Coordinar con los servicios con el fin de identificar los pacientes que requieren apoyo de trabajo social y buscar soluciones dinámicas y oportunas a sus necesidades.



7.12 Se recomienda mantener el plan de atención de enfermería incluyendo educación con énfasis en el auto cuidado.

7.13 SE recomienda al líder del proceso seguir Implementando el Módulo de Hospitalización en el aplicativo Dinámica.

7.14 Con la adquisición novedosa del Sistema dinámica, articulando la parte administrativa con la historia clínica electrónica, se recomienda continuar con la Implementación de la misma en todos los servicios de internación médica a través del aplicativo Dinámica.

7.15 Se recomienda continuar con el cumplimiento del 100% de los objetivos del plan operativo anual, para no ser inferiores al año 2017 el cual se cumplió con el total del POA.

7.16 Se recomienda seguir atentos a los procesos para continuar disminuyendo el riesgo y al igual que en el año 2017 para que no se materialice ninguno.

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 4

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

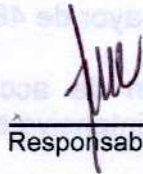
Finalmente se concluye que el proceso de la Unidad Funcional Internación Médica presenta cumplimiento del **99.8%** de los Objetivos y metas programado para el año **2017**; por lo anterior y dando cumplimiento con la Resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencia año 2.017, es de **9.98** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018


9. FIRMAS:



 Jefe Oficina de Control Interno





 Responsable del servicio

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Llerenas Ricosca
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 1 de 8	

EVALUACION UNIDAD FUNCIONAL SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO A LA ATENCIÓN.

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** compromisos con un resultado del **84.4%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Implementación de los módulos correspondientes a la Unidad Funcional. Implementación adecuada de los módulos de historia clínica de los servicios de la Unidad Funcional. **2)** Implementar la auditoria concurrente en el servicio de Ambulatorios (Imagenología, laboratorio clínico, patología, gastro, Banco de sangre, consulta externa) para garantizar la facturación de los servicios prestados. Se realizó seguimiento al cargue de las actividades realizadas en los servicios Unidad Funcional. **3)** Analizar mensualmente el informe de producción y productividad de las áreas que hacen parte de la Unidad Funcional. Se está realizando la revisión de cada servicio de la Unidad funcional de acuerdo a la programación de la oficina de costos. **4)** Implementar el sistema integrado de gestión. Cada servicio se encuentra en diferente fase de documentación, se realizó la socialización de lo documentado. **5)** Implementar la auditoria concurrente en el servicio de Ambulatorios (Imagenología, laboratorio clínico, patología, gastroenterología, banco de sangre, consulta externa) para garantizar la facturación de los servicios prestados. Se realizó seguimiento al cargue de las actividades realizadas en los servicios Unidad Funcional. **6)** Junto con el profesional de costos analizar el resultado de los costos y realizar los ajustes pertinentes para que las áreas siempre den un margen de rentabilidad. Se realizó la revisión de cada servicio de la Unidad funcional de acuerdo a la programación de la oficina de costos. **7)** Implementar el sistema integrado de gestión. Cada servicio se encuentra en diferente fase de documentación, se realizó la socialización de lo documentado. Se realizaron los informes mensuales por servicio que se entregaron mes a mes al área de planeación para el reporte de los indicadores del Hospital. **8)** Informar de acuerdo a las directrices institucionales los indicadores de obligatorio reporte. Mensualmente se reportó el comportamiento de los indicadores de la Unidad Funcional servicios ambulatorios, los cuales hacen parte integral del Informe a la Superintendencia. **9)** Seguimiento y control de la oportunidad de la consulta especializada. A la fecha la oficina de contratación por medio de correo electrónico nos informa a las diferentes unidades los cambios en la contratación, a su vez se retroalimenta el reforzamiento de algunos contratos según el comportamiento de la consulta externa. **10)** Terminar de implementar el Modelo Estándar de Control Interno. Se realizó la capacitación del personal del área en cuanto a MECI. **11)** Implementar el sistema de gestión del riesgo. Se realizó la elaboración del mapa de riesgo de la unidad funcional con la participación activa de los líderes de las áreas al igual se realizaron las evaluaciones según corte preestablecidos y se realizaron las mejoras que fueron indicadas.


 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **84%** Teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: **1)** Junto con el profesional de costos analizar el resultado de estos y realizar los ajustes pertinentes para que las áreas siempre den un margen de rentabilidad (Con un **42%** de cumplimiento.) **2)** Terminar de documentar el procedimiento, Instructivos, formatos (con un **80%** de cumplimiento). **3)** Socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación. **4)** Cumplimiento del plan de mejoramiento instaurado para garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación en el servicio de ambulatorios (Con un **50%** de cumplimiento). **5)** Realizar la socialización de los componentes y productos del MECI. (Con un **70%** de cumplimiento).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **6** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizaron visitas de auditorías a los servicios de: Patología, Imagenología y Consulta Externa en los meses de **NOVIEMBRE Y DICIEMBRE de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: **PATOLOGIA:** La Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso. Se recomienda Participar en los programas de Inducción y reinducción programadas por talento humano ya que hacen parte de los Objetivos Institucionales. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Se recomienda hacer seguimiento permanente a la aprobación de los procedimientos del área e inmediatamente realizar la socialización del mismo con el equipo de trabajo. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Una vez aprobadas, se recomienda socializar las políticas con todos los procesos. Adicionalmente se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

Otras Auditorias: Obteniendo como resultado las siguientes observaciones:
IMAGENOLOGÍA Y CONSULTA EXTERNA: Socializar la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital. Se recomienda realizar la respectiva socialización con el personal de las áreas ya que es importante tener conocimiento de los principios y valores de nuestra institución. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas. Seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos en caso que sea necesario. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Complementar el 15.6% restante de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del Objetivo Institucional.

7.2. Culminar la revisión del informe de producción y productividad de los servicio de la Unidad funcional de acuerdo a la programación de la oficina de costos y realizar los ajustes.

7.3. Terminar de documentar el procedimiento, Instructivos, formatos.

7.4. Realizar la socialización de los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación.

7.5. Culminar el plan de mejoramiento instaurado para garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación en el servicio de ambulatorios.


7.6. Culminar la socialización de los componentes y productos del MECI.

7.7. **PATOLOGIA:** Promulgar La Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.

7.8. Propiciar el desarrollo del talento humano con los programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso.

7.9. Se recomienda Participar en los programas de Inducción y reinducción programadas por talento humano ya que hacen parte de los Objetivos Institucionales.

7.10. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017,

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 8	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

7.11. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.12. Se recomienda hacer seguimiento permanente a la aprobación de los procedimientos del área e inmediatamente realizar la socialización del mismo con el equipo de trabajo.

7.13. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.14. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.

7.15. Socializar las políticas aprobadas con todos los procesos.

7.16. Aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de las políticas aprobadas del proceso.

7.17. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.



7.18. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.19. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.20. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos.

7.21. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos.

7.22. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 6 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

que interactúa.

7.23. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7.24. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

7.25. **IMAGENOLÓGÍA Y CONSULTA EXTERNA:** Socializar la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios.

7.26. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital.

7.27. Realizar la respectiva socialización con el personal de las áreas ya que es importante tener conocimiento de los principios y valores de nuestra institución.

7.28. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital.

7.29. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

7.30. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.31. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.32. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso.

7.33. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas.

7.34. Realizar el seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 7 de 8

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.35. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.

7.36. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.37. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.38. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos.

7.39. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos en caso que sea necesario.

7.40. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.


7.41. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7.42. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

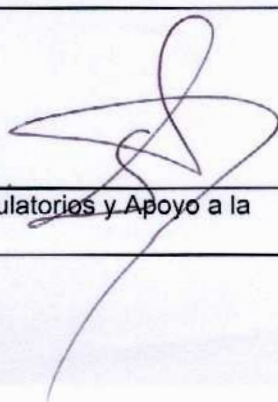
Finalmente se concluye que el proceso de la Unidad Funcional de Servicios Ambulatorios y Apoyo a la Atención presenta cumplimiento del **89.4%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017. Por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **8.94** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018



9. FIRMAS:



Jefe Oficina de Control Interno





Responsables de los servicios Ambulatorios y Apoyo a la Atención.

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 5

EVALUACION UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRURGICOS

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **10** compromisos con un resultado del **95.7%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Realizar verificación y autoevaluación periódica para garantizar el cumplimiento de los requisitos. Se hicieron las dos autoevaluaciones y se enviaron a Calidad. **2)** Realizar medio de adherencia de documentos del Sistema de habilitación según el requerimiento de la norma. Todos los documentos tienen listas de chequeo para verificar adherencia. **3)** Fortalecer el estándar de procesos prioritarios con la elaboración de la documentación requerida. Se realizaron y aprobaron los procesos, procedimientos y protocolos del área. El Manual de procedimientos en quirófano y el Manual de gestión del Riesgo quirúrgico y anestésico están aprobados y socializados. **4)** Generar mensualmente los indicadores de calidad, realizar seguimiento y validación de la información. Se realizaron todos los informes mensuales con los indicadores requeridos por la Superintendencia de Salud, con sus respectivos análisis. **5)** Validar periódicamente las fichas de los indicadores, detectar acciones de mejora de los indicadores y ejecutarlas. Análisis continuos de los indicadores, con seguimiento diario del cumplimiento de las tareas. Reportes a Calidad mensuales. **6)** Continuar con el seguimiento al indicador de cancelación, analizar la información y generar planes de mejoramiento cuando se presenten desviaciones en el indicador. La meta del 5% definida por la superintendencia de salud no se ha podido cumplir por múltiples factores que se han intentado corregir durante el transcurso del año. **7)** Actualización y socialización de las guías. Se actualizaron y realizaron guías de las especialidades de Cirugía General, Ortopedia, Cirugía plástica, Anestesia, Cirugía bariátrica y Coloproctología, con sus respectivas listas de verificación. Se encuentran implementadas y en proceso de verificación de adherencia. **8)** Diseñar y aplicar listas de verificación y aplicarlas mensualmente. El diseño se ha hecho completo y está en proceso de aplicación. **9)** Adoptar el Manual de Buenas prácticas de esterilización y hacer seguimiento a la implementación del mismo. Se hizo adopción del Manual de buenas prácticas de esterilización mediante resolución oficial de la agente interventora. Se han hecho capacitaciones aplicación de evaluaciones mensuales documentadas a todo el personal de la central. **10)** Diseñar y aplicar lista de verificación del cumplimiento de los protocolos de la Central de Esterilización. Se socializaron y se aplican mensualmente las evaluaciones.

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 5	



Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **80%** Teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: **1)** Validación de la información generada por el sistema. (con un 67% de cumplimiento) **2)** Revisar los procedimientos existentes y modificar los mismos conforme a los cambios en el software (con un 87% de cumplimiento). **3)** Retroalimentación a Auditoria de informes quirúrgicos. (con un 25% de cumplimiento). **4)** Terminar de documentar el procedimiento, Instructivos, formatos. (con un 85% de cumplimiento). **5)** Socializar los documentos al personal de la unidad funcional y ejecutar su implementación. (con un 85 % de cumplimiento). **6)** Cumplimiento del plan de mejoramiento instaurado para garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación. (con un 33% de cumplimiento). **7)** Cumplimiento del plan de mejoramiento instaurado para garantizar la implementación del PAMEC en la Institucion. (con un 25% de cumplimiento). **8)** Reportar y analizar el índice de cancelación de cirugías. (con un 12% de cumplimiento) **9)** Plantear y ejecutar acciones de mejora para corregir las causas de cancelación. (con un 67% de cumplimiento). **10)** Plantear y ejecutar acciones de mejora para mejorar la oportunidad quirúrgica tanto hospitalaria como ambulatoria. (con un 25% de cumplimiento).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **6** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria en el mes de **OCTUBRE de 2016** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Recalcar la importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

La oficina de control interno ha observado que los líderes de este proceso no tienen compromiso en la presentación de informes y en el seguimiento de los mismos. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso. Se recomienda evaluar de

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta Hospital - Bogotá
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.



7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Realizar el 4.3% restante de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo Institucional.

7.2. Cumplir la meta del 5% definida por la Superintendencia de Salud en el compromiso y Continuar con el seguimiento al indicador de cancelación, analizar la información y generar planes de mejoramiento cuando se presenten desviaciones en el indicador.


7.3. El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **80%** Teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: **1)** Validación de la información generada por el sistema. **2)** Revisar los procedimientos existentes y modificar los mismos conforme a los cambios en el software. **3)** Retroalimentación a Auditoria de informes quirúrgicos. **4)** Terminar de documentar el procedimiento, Instructivos, formatos. **5)** Socializar los documentos al personal de la unidad funcional y ejecutar su implementación. **6)** Cumplimiento del plan de mejoramiento instaurado para garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación. **7)** Cumplimiento del plan de mejoramiento instaurado para garantizar la implementación del PAMEC en la Institución. **8)** Reportar y analizar el índice de cancelación de cirugías. **9)** Plantear y ejecutar acciones de mejora para corregir las causas de cancelación. **10)** Plantear y ejecutar acciones de mejora para mejorar la oportunidad quirúrgica tanto hospitalaria como ambulatoria.

7.4. Recalcar la Importancia de principios y valores en la gestión del personal del proceso así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA 				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 4 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

- 7.5. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso.
- 7.6. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2016, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.
- 7.7. La oficina de control interno ha observado que los líderes de este proceso no tienen compromiso en la presentación de informes y en el seguimiento de los mismos. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.
- 7.8. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.
- 7.9. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.
- 7.10. Se recomienda, aplicar y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso.
- 7.11. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.
- 7.12. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.
- 7.13. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.
- 7.14. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos.
- 7.15. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL</small> Federico Lleras Acosta <small>Hospital - Bogotá</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 5	


Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

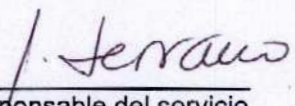
cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.


Finalmente se concluye que el proceso de la **Unidad Funcional Quirúrgicos** presenta cumplimiento del **91.9%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017. Por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.19** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:


 Jefe Oficina de Control Interno


 Responsable del servicio

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 4	

EVALUACION GESTIÓN DOCUMENTAL

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **11** con un resultado del **91.3%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Realizar el levantamiento de la información, con el fin de efectuar la ejecución de cuadros de valoración y tablas de retención. Se crearon las herramientas de gestión documental como lo son el cuadro de clasificación documental y las tablas de retención documental, las cuales se enviaron a cada una de las oficinas de la institución. Se deben aprobar por el comité interno de archivo. **2)** Sistematización de la ventanilla de archivo. Se contrato con la empresa 472 el software datastock para el módulo de correspondencia el cual se puso en producción desde el mes de diciembre de 2017. **3)** Actualizar los instructivos necesarios conforme a las novedades del nuevo software de historia clínica electrónica. Actualización el 5 de abril de 2017. **4)** Documentar los flujos de los documentos de la organización y actualizar los que lo requieran. Se documentaron los flujos de documentos de recepción de documentos y envío de documentos externos del instructivo de correspondencia. Falta una segunda actualización al instructivo de manejo de registros clínicos. **5)** Seguir los procesos e instructivos del área y la promulgación de los principios y valores propendiendo por la humanización de la atención. Se realizó la socialización de los diferentes instrumentos. **6)** Realizar el instrumento archivístico Plan Institucional de Archivo de la Función Pública-PINAR. Se creó y aprobó por medio del comité Interno de Archivo en el mes de Octubre de 2017. **7)** Realizar el instrumento archivístico Programa de Gestión Documental. Se creó y Aprobó por medio del comité interno de archivo en el mes de Octubre de 2017. **8)** Digitalización de las Historias Clínica activas. Se han realizado un informe mensual durante el año 2017 del avance de la digitalización. **9)** Integrantes del Comité interno de archivo. Se realizaron 9 comités durante el año 2017. **10)** Integrantes del comité de Historias Clínicas. Se realizaron 3 comités durante el año 2017. **11)** Actualizar la matriz de riesgos. Se realizó la matriz de Riesgos de mes de Marzo de 2017.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **86%** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como; **1)** Documentar los flujos de los documentos de la organización y actualizar los que lo requieran. **2)** integrantes del Comité interno de Archivo. (Con un 50% de cumplimiento). **3)** integrantes del Comité de historia clínica. (Con un 75% de cumplimiento).

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 2 de 4

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.4 Se realizó la visita de auditoría de **Gestión Documental** en el mes de DICIEMBRE de 2017 Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Socializar la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital. Se recomienda realizar la respectiva socialización con el personal de las áreas ya que es importante tener conocimiento de los principios y valores de nuestra institución. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas. Seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Completar el 8.7% restante para el cumplimiento total de los compromisos para la vigencia 2017 del objetivo Institucional.

7.2. Realizar la gestión para la aprobación por parte del Comité Interno de Archivo del Cuadro de Clasificación documental y las Tablas de Retención documental.

7.3. Realizar la segunda actualización al instructivo de manejo de registros clínicos.

7.4. Realizar los 3 comités restantes del Comité Interno de Archivo para completar la meta de la vigencia 2017.

7.5. Realizar los 3 comités restantes del Comité de Historias Clínicas para el cumplimiento de la meta de la vigencia 2017.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 4

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.6. Realizar las actividades pendientes del Plan Operativo vigencia 2017 que corresponde al 4 % para su cumplimiento las cuales son: Documentar el flujo de los documentos de la organización y actualizar los que requieran. Actividades correspondientes al Comité Interno de Archivo.

7.6. Continuar con la socialización de la cultura y la Gestión Ética para el fortalecimiento del compromiso Institucional en la prestación de los servicios de forma humanizada que satisfaga al usuario.

7.7. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética de la Institución con soporte del área de comunicaciones a la dependencia del Hospital Federico Lleras Acosta por cuanto es importante el conocimiento de sus principios y valores.

7.8. Dar cumplimiento al desarrollo del Talento Humano fortaleciendo sus competencias con inducción, Re inducción, capacitación y en general aplicando todas las acciones de conformidad a la política de Talento Humano desde su ingreso hasta su retiro conforme a la Ley y los Reglamentos del Hospital.

7.9. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad. Con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.


7.10. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos Institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.11. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.12. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso.

7.13. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas.

7.14. Realizar el seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	


Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.15 Completar el 14% restante para el cumplimiento total de los compromisos para la vigencia 2017 del plan operativo anual.

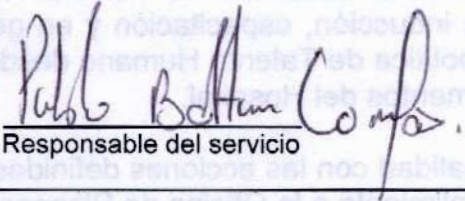
Finalmente se concluye que el proceso de Gestión Documental presenta cumplimiento del **92.4%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.24** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018



9. FIRMAS:



Jefe Oficina de Control Interno



Responsable del servicio

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2018	Versión: 3	Página 1 de 6	

EVALUACION SERVICIO FARMACÉUTICO

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **25** de compromisos con un resultado del **92%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Realizar solicitud de informes por dinámica de antibióticos, medicamentos no pos y listado básico de medicamentos y dispositivos médicos a Oficina de Tecnología de la Información. Se realizan e implementan los Informes. **2)** Realizar capacitaciones sobre implementación de nuevos informes. Se Realizar capacitaciones sobre implementación de nuevos informes. **3)** Ajustar el proceso y procedimientos del servicio Farmacéutico a los cambios del nuevo software. Se identificaron procedimientos que requieren modificación, el 97% se envió a calidad para aprobación, el 3% corresponden a procedimientos que son en conjunto con almacén y no se ha podido realizar esta modificación. **4)** Efectuar seguimiento al proceso de facturación y dispensación de medicamentos, identificando errores en el proceso. Se realiza auditoria interna formulas dispensadas. **5)** Realizar entrega de facturas de consulta externa, de forma oportuna al área de facturación. Se realiza informe de fórmulas dispensa. **6)** Establecer mecanismo de control: Tabla en Excel en la que se controle los despachos de medicamentos NO POS diariamente con cada prescripción médica. Se diligencia la tabla en Excel con la información de los medicamento no pos dispensados. Se presenta evidencia indicadores no pos hasta 31 de diciembre y se envía tabla de control diario de medicamentos no pos dispensado. **7)** Revisión periódica de las fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos, y gestión para evitar vencimientos. **8)** Se realiza informe de Gestión de vencimientos. Realizar inventarios periódicos y gestión diferencias encontradas. Se realiza Seguimiento y control de inventarios. Revisar el proyecto existente y ajuste del mismo. **9)** Revisar el proyecto existente y ajuste del mismo. Se realizan reuniones con planeación y la arquitecta para ajustar el proyecto. **10)** Elaborar cronograma de Capacitación e implementar en el servicio Farmacéutico y en Servicios Asistenciales. Se elaborar cronograma de Capacitación y se implementar en el servicio Farmacéutico y en Servicios Asistenciales. **11)** Actualizar programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia y enviar a la oficina de Calidad para revisión y aprobación. Se envió programa farmacovigilancia y Tecnovigilancia a Calidad, se realizaron capacitaciones del programa. **12)** verificar la calibración de los termohigrómetros por el área de mantenimiento. Se realiza verificación y solicitud al área de mantenimiento de calibración de termohigrómetros y de acuerdo a la información dada por la Ingeniera Mónica se deben calibrar en mayo de 2018. **13)** Prestar el Servicio de reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral. Se encuentra contratado con unidossis, se envía contrato y un correo de cada mes donde se

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016


Versión: 3

Página 2 de 6

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

envía a preparar nutriciones parenterales. Se están realizando reuniones con planeación y arquitecta con el fin de elaborar un proyecto y solicitar por parte de entes territoriales los recursos para la elaboración de la central de mezclas, se envía acta de reunión. **14)** Elaborar procedimientos de sistema de aire medicinal y obtener Certificación BPM. Se elaboraron los documentos se encuentran en aprobación. **15)** Informe de evaluación a las actividades establecidas en plan de Mejoramiento. Se realizó actualización del programa de farmacovigilancia y Tecnovigilancia, donde se especifica que el comité de farmacia y terapéutica hará las veces de comité de farmacovigilancia, se incluye el manejo de medicamentos LASA y alto riesgo. Se envió a calidad para aprobación. **16)** Realizar la autoevaluación de los estándares asistenciales relacionados con el servicio farmacéutico. Se realiza autoevaluación del servicio. **17)** Socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación. Se ha realizado socializaciones de los procedimientos del servicio farmacéutico, de los programas de farmacovigilancia, Tecnovigilancia autorización de medicamentos no pos. Se envían evidencias. **18)** Elaborar y socializar los indicadores del Servicio Farmacéutico. se realizan indicadores y se realiza socialización de estos. **19)** Realizar medición de los indicadores del procedimiento. Se realizar medición de los indicadores del procedimiento. Verificar los componentes del sistema MECI. **20)** Verificar los componentes del sistema MECI. Se realiza la verificación de los componentes. **21)** Realizar la socialización de los componentes y productos del MECI. Se realiza socialización. **22)** Llevar a cabo cada una de las actividades establecidas en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría. Se realiza evaluación a diciembre 31 de 2017. **23)** Elaborar el mapa de riesgos del proceso. Se realizó matriz de riesgo del servicio farmacéutico. Se envía evaluación hasta 31 de diciembre de 2017. **24)** Establecer las Acciones de mejora al sistema de gestión del riesgo del proceso que pertenezcan al área. Se realiza seguimiento al riesgo de acuerdo a la matriz de riesgo. Se envían evidencias matriz de riesgo. **25)** Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles. Se realiza seguimiento al riesgo de acuerdo a la matriz de riesgo.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **85%** teniendo en cuenta que existen acciones sin cumplimiento del 100% como: **1)** Identificación, revisión e inicio de ajuste de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos (con un 97% de cumplimiento) **2)** Efectuar seguimiento al proceso de facturación y dispensación de medicamentos, identificando errores en el proceso (con un 88% de cumplimiento) **3)** Revisar el proyecto existente y ajuste del mismo (con un 30% de cumplimiento) **4)** Elaborar cronograma de Capacitación e implementar en el servicio Farmacéutico y en Servicios Asistenciales (con un 87% de cumplimiento) **5)** Elaborar procedimientos de sistema de aire medicinal y obtener Certificación BPM. (con un 33% de cumplimiento). **6)** Socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación. (con un 70% de cumplimiento).

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL Federico Lleras Acosta Bogotá - Colombia</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 3 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos 5 riesgos de los cuales no están materializados reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.



6.4 Se realizó la visita de auditoria del Servicio Farmacéutico en el mes de **Noviembre de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Recaltar la Importancia de la socialización de los principios y valores en la gestión del personal del proceso, Código de ética y procesos y procedimientos, así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso. Se recomienda que los porcentajes de cumplimiento tenidos en cuenta en la autoevaluación del proceso, sean conforme a las evidencias que reposen en el mismo, ya que la oficina de control interno a la hora de evaluar el cumplimiento no evidenció soportes. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso. Se recomienda continuar aplicando y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso. Evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garantice la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Se recomienda enviar oportunamente a la Oficina de Control Interno las Autoevaluaciones trimestrales del POA, para poder evaluar el cumplimiento de las acciones. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Levantar el plan de mejoramiento de la Auditoria de acuerdo a los hallazgos levantado por la oficina de Control Interno. Se recomienda enviar circular o memorando a los líderes de los procesos para que retroalimenten al proceso de jurídica con la normatividad que rige a cada uno y así lograr tener publicado el normograma del Hospital Actualizado. Se recomiendan que sean implementadas las tablas de retención documental y clasificarlas de acuerdo al expediente o asunto, ejemplo:

Demandas.

Derechos de Petición.

Conciliaciones.

Adicionalmente se recomienda que las carpetas estén debidamente clasificadas, dado a que se encuentran carpetas en donde reposan varios documentos pero desorganizados,

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta Bogotá, Colombia
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3 Página 4 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

es decir están Planes Operativos, oficios externos, oficios de la gerencia, oficios de diferentes procesos y no están separados para una identificación clara.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1. Realizar el 8% restante de los compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo Institucional.

7.2. Ajustar los procedimientos restantes que requieren modificación a los cambios del nuevo software y enviar a calidad para su aprobación.

7.3. El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **85%** y se recomienda completar las actividades siguientes: 1) identificación, revisión e inicio de ajuste de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos. 2) Efectuar seguimiento al proceso de facturación y dispensación de medicamentos, identificando errores en el proceso 3) Revisar el proyecto existente y ajuste del mismo 4) Elaborar cronograma de Capacitación e implementar en el servicio Farmacéutico y en Servicios Asistenciales 5) Elaborar procedimientos de sistema de aire medicinal y obtener Certificación BPM. 6) Socializar los documentos al personal del Hospital y ejecutar su implementación.

7.4. Recalcar la Importancia de la socialización de los principios y valores en la gestión del personal del proceso, Código de ética y procesos y procedimientos, así mismo el fortalecimiento continuo de las relaciones interpersonales y el clima laboral.


7.5. Continuar el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con programas de inducción y re inducción y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso.

7.6. Se recomienda que los porcentajes de cumplimiento tenidos en cuenta en la autoevaluación del proceso, sean conforme a las evidencias que reposen en el mismo, ya que la oficina de control interno a la hora de evaluar el cumplimiento no evidenció soportes.

7.7. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.8. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.9. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso y tener los indicadores como medio de control de las acciones realizadas por el proceso.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 <small>HOSPITAL</small> Federico Lleras Acosta <small>HOSPITAL</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 5 de 6	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

7.10. Se recomienda continuar aplicando y hacer seguimiento a la aplicación de políticas del proceso.

7.11. Evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garantice la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.

7.12. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.13. Se recomienda enviar oportunamente a la Oficina de Control Interno las Autoevaluaciones trimestrales del POA, para poder evaluar el cumplimiento de las acciones.

7.14. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.15. Levantar el plan de mejoramiento de la Auditoria de acuerdo a los hallazgos levantado por la oficina de Control Interno.

7.16. Se recomienda enviar circular o memorando a los líderes de los procesos para que retroalimenten al proceso de jurídica con la normatividad que rige a cada uno y así lograr tener publicado el normograma del Hospital Actualizado.


7.17. Se recomiendan que sean implementadas las tablas de retención documental y clasificarlas de acuerdo al expediente o asunto con carpetas clasificadas.

Finalmente se concluye que el proceso del **Servicio Farmacéutico** presenta cumplimiento del **92.3%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017; por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017 es de **9.23 Puntos**.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:

 <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Jefe Oficina de Control Interno	 <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Responsable del servicio
--	--


EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA					 HOSPITAL Federico Leizaola <small>Hospital de Emergencias</small>
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 1 de 5	

EVALUACION SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

6.1 Compromisos registrados por el área: El total de compromisos de la vigencia 2017 asociados al cumplimiento del objetivo institucional es de **22** compromisos con un resultado del **100%**, en el cumplimiento total, Realizando seguimiento a: **1)** Participar en las reuniones convocadas para realizar la autoevaluación de acreditación. Se realizó reunión para determinar la autoevaluación de acreditación.

2) Revisar los elementos que componen el MECI y , se estén implementando en el área. Se revisaron los elementos que componen el MECI y que se implementen en seguridad y salud en el trabajo. **3)** Revisar y ajustar todos los documentos y registros de acuerdo al instructivo. Se revisaron y ajustaron todos los documentos del sistema y se realizó su respectiva socialización **4)** Evaluar los indicadores del proceso admón. que correspondan al área. Se realizó evaluación mensual de los indicadores correspondientes al área. **5)** Participar en las reuniones convocadas para construir la matriz de riesgos del área de gestión administrativa. Se realizó reunión para construir la matriz de riesgos del área de gestión administrativa. **6)** Evaluación de la matriz de riesgo. Se realizó trimestralmente la evaluación con soportes de la matriz de riesgos. **7)** Realización de la Evaluación Inicial del SG-SST de acuerdo a estándares emitidos por el ministerio de trabajo. Se realizó evaluación inicial del sistema de acuerdo a estándares emitidos en la resolución 1111 de 2017. **8)** Identificación de Peligros, Valoración y Evaluación de Riesgos. Se realizó actualización de la identificación de peligros valoración y evaluación de riesgos del Hospital. **9)** Revisión Anual de la política en seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con los requisitos exigidos en la normatividad. La política se revisó en conjunto con el COPASST. **10)** Definición y divulgación de Objetivos del SG-SST. Están definidos los objetivos firmados por la gerente y tiene amplia divulgación **11)** Definición y divulgación de responsabilidades del S.G.S.S.T. Se definieron las responsabilidades del S.G.S.S.T. **12)** Definición y divulgación de la política contra el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Se definió y divulgo la política contra el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. **13)** Gestionar la Incorporación de la Política de SST a las Políticas de Operación del Hospital. Se solicitó a planeación y calidad la incorporación de la política de SST a las políticas de operación del Hospital. **14)** Definición de indicadores del SG-SST en cuanto a estructura, proceso y resultado. Se tienen definidos los indicadores de estructura, proceso y resultado. **15)** Revisión y actualización de la documentación relacionada con el S.G.S.S.T. Se aplicó lista de chequeo para verificar la documentación relacionada con el S.G.S.S.T. **16)** Difundir la Política de SST a todos los niveles de la organización. La política fue comunicada al COPASST, publicada en el salvapantallas y fijada en las diferentes carteleras institucionales. **17)** Capacitar en SST a los Servidores vinculados a la entidad. Se actualizo el programa de capacitación, se realizó inducción en seguridad y salud en el trabajo a todo funcionario nuevo que ingreso a la institución, se

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta <small>Hospital de Especialidades</small>	
CÓDIGO: CI-FR-005	Fecha de Elaboración: 22/02/2007	Fecha de Actualización: 01/04/2016	Versión: 3	Página 2 de 5	

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

realizó reinducción en seguridad y salud en el trabajo, se capacito a la brigada de emergencias y se realizó capacitación en riesgo biológico en las áreas asistenciales. **18)** Reunión y capacitación al Comité Hospitalario de Emergencias. Se realizaron las reuniones mensuales donde se miraron aspectos relacionados con las emergencias y desastres de acuerdo a normatividad. **19)** Revisión y actualización del plan de emergencias. Se revisó y actualizo el plan de emergencias de acuerdo a lineamientos del manual hospitalario de emergencias de la OMS y OPS se publicó en la INTRANET. **20)** Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo. Se investigaron los 87 accidentes de trabajo ocurridos en el 2017. **21)** Controlar estado elementos y materiales de los Botiquines de Primeros Auxilios. Se revisaron los diferentes botiquines y se realizó reposición de los elementos faltantes y/o próximos a vencerse. **22)** Visitas de Inspección Planeadas. Se realizaron las visitas de inspección planeadas para identificar riesgos que puedan ocasionar accidentes de trabajo. **23)** Desarrollo de actividades en programa de vigilancia riesgo biológico. Se aplicaron 15 dosis de varicela, se aplicaron 50 dosis de tétano, se aplicaron 60 dosis de vacuna hepatitis B, se realizó campaña de orden y aseo, se realizó campaña de prevención de alcohol y tabaquismo, se realizó campaña para realización de laboratorios de exposición al riesgo (Radiaciones ionizantes, químicos, biológico). **24)** Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en las áreas asistenciales. Se aplicó lista de chequeo para verificar cumplimiento normas de bioseguridad en las diferentes áreas asistenciales del hospital. **25)** Realización de exámenes de ingreso, egreso y periódicos. Se valoraron 757 funcionarios entre exámenes de ingreso, periódicos y de retiro. **26)** Reporte de accidentes de trabajo dentro del plazo de 48 horas hábiles después de ocurrido. Los accidentes de trabajo se reportaron dentro de las 48 horas hábiles.

6.2 El proceso cumplió el Plan Operativo 2017 en el **98%** teniendo en cuenta que existen Todas las acciones evaluadas con cumplimiento del 100%. **1)** Definir grupo de trabajadores que requieren Vacunación Varicela (Con un 60% de cumplimiento)

6.3 En el Mapa de Riesgos se encuentran definidos **3** riesgos de los cuales no se presenta materialización reflejando en su información el **100%** de cumplimiento.

6.4 Se realizó la visita de auditoria en el mes de **DICIEMBRE de 2017** Obteniendo como resultado las siguientes observaciones: Seguir socializando la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital.

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 3 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas. Seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

7.1 Culminar con el 2% restante del plan operativo 2017 culminando la identificación de los trabajadores que requieren vacunación en varicela.

7.2. Continuar con la socializando de la cultura y gestión ética, fortaleciendo el compromiso institucional en la prestación de los servicios en forma humanizada que satisfaga a los usuarios.

7.3. Ampliar la promulgación del nuevo código de ética soportado con el área de comunicación del Hospital. Cumplir con el desarrollo del talento humano fortaleciendo sus

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 4 de 5

HOSPITAL
Federico Llerenas Acosta
Hospital - Salud

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

competencias, con inducción, reinducción, capacitación y en general todas las acciones y políticas de talento humano desde su ingreso, hasta su retiro conforme la ley y los reglamentos de Hospital.

7.4. Cumplir a cabalidad con las acciones definidas en el Plan Operativo 2017, reportando el avance y/o cumplimiento a la Oficina de Planeación y Calidad, con copia a la Oficina de Control Interno para el seguimiento en forma oportuna.

7.5. Desarrollar la gestión integral con base en los objetivos institucionales, buscando la satisfacción de los usuarios y la optimización de los recursos disponibles con interacción.

7.6. Aplicar la estructura organizacional en el momento que se requiera realizar algún tipo de comunicación e información pertinente al área funcional.

7.7. Realizar de manera mensual el monitoreo de la gestión y la estrategia, con indicadores y la retroalimentación de los resultados con los responsables para fortalecer su compromiso.

7.8. Continuar realizando la aplicación indicadores de los procedimientos para evaluar los avances y establecer acciones de mejora en las deficiencias encontradas.

7.9. Realizar el seguimiento a la aplicación de las políticas del proceso e institucionales y el modelo de prestación de servicios del Hospital y trabajar en equipo para la mejora continua.

7.10. Se recomienda evaluar de forma permanente el mapa riesgos conforme los periodos establecidos que garanticen la Gestión Institucional y el logro de los objetivos presentando su autoevaluación con copia a la Oficina de control Interno.

7.11. Analizar y desarrollar las autoevaluaciones del proceso, la efectividad de los controles mediante el monitoreo periódico de sus resultados.

7.12. Desarrollar las acciones generadas con motivo de las visitas de la Oficina de Control Interno, como aporte a la mejora del Proceso.

7.13. Realizar seguimiento permanente de los planes, en pro de los objetivos, políticas, estrategias y proyectos. Llevar a cabo el cumplimiento de los compromisos en el desarrollo de las actividades con calidad y oportunidad, en los periodos establecidos.

7.14. Desarrollar las actividades del proceso con buena comunicación, fortaleciendo los

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA



CÓDIGO:
CI-FR-005

Fecha de Elaboración:
22/02/2007

Fecha de Actualización:
01/04/2016

Versión: 3

Página 5 de 5

Continuación de la evaluación de la Oficina de Control Interno a la gestión de dependencias

canales tanto del equipo de trabajo como con los demás procesos del Hospital con los que interactúa.

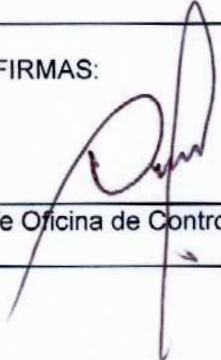
7.15. Controlar el uso racional de la información, destinada exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del proceso e institucionales, aplicando los controles necesarios y la política de austeridad.

7.16. Se recomienda cumplir con la actualización del Normograma del proceso en la página del Hospital.


Finalmente se concluye que el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo presenta cumplimiento del **99.3%** de los Objetivos y metas programado para el año 2017. Por lo anterior y dando cumplimiento con la resolución No. 3432 del 29/09/2017 para efectos de la calificación de la evaluación de desempeño por dependencias año 2.017, es de **9.93** puntos.

8. FECHA: Febrero de 2018

9. FIRMAS:



Jefe Oficina de Control Interno



Responsable del servicio

